

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

18

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

**Paule MATHIEU**

Née le 29 octobre 1914, à Teniet-El-Haad (Alger).

Présentée et soutenue publiquement le... 9 FEV 1944...

**ABCÈS FROID**  
**DE LA RÉGION DU DÔME PLEURAL**

**IMAGE ARRONDIE PSEUDO-TUMORALE**

Président: M. BÉNARD, Professeur.

PARIS  
IMPRIMERIE R. FOULON  
29, rue Deparcieux, 29  
1944



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **MATHIEU.**

Prénom : **Paule.**

Date de Soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

**MATHIEU (Paule).** — A b c è s  
froid de la région du dôme  
pleural. — Image arrondie  
pseudo-tumorale. — Paris,  
Imp. R. Foulon, 1944, in-8°,  
55 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris  
1944, N° .....).

**MATHIEU (Paule).** — A b c è s  
froid de la région du dôme  
pleural. — Image arrondie  
pseudo-tumorale. — Paris,  
Imp. R. Foulon, 1944, in-8°,  
55 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris  
1944, N° .....).

**MATHIEU (Paule).** — A b c è s  
froid de la région du dôme  
pleural. — Image arrondie  
pseudo-tumorale. — Paris,  
Imp. R. Foulon, 1944, in-8°,  
55 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris  
1944, N° .....).

**MATHIEU (Paule).** — A b c è s  
froid de la région du dôme  
pleural. — Image arrondie  
pseudo-tumorale. — Paris,  
Imp. R. Foulon, 1944, in-8°,  
55 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris  
1944, N° .....).

Nom du Candidat : MATHIEU.

Prénom : Paul.

Date de Soumission :

Numéro d'ordre :

(Les deux mentions seront inscrites sur la couverture)

MATHIEU (Paul) - A b e s  
 froid de la région du dôme  
 pleural. — Image aréolaire  
 pseudo-tumorale. — Paris  
 Imp. R. Foulon, 1944, in-8.  
 55 p. 1 fig.

(Thèse Méd. (El.) Paris  
 1944 N°.....)

MATHIEU (Paul) - A b e s  
 froid de la région du dôme  
 pleural. — Image aréolaire  
 pseudo-tumorale. — Paris  
 Imp. R. Foulon, 1944, in-8.  
 55 p. 1 fig.

(Thèse Méd. (El.) Paris  
 1944 N°.....)

MATHIEU (Paul) - A b e s  
 froid de la région du dôme  
 pleural. — Image aréolaire  
 pseudo-tumorale. — Paris  
 Imp. R. Foulon, 1944, in-8.  
 55 p. 1 fig.

(Thèse Méd. (El.) Paris  
 1944 N°.....)

MATHIEU (Paul) - A b e s  
 froid de la région du dôme  
 pleural. — Image aréolaire  
 pseudo-tumorale. — Paris  
 Imp. R. Foulon, 1944, in-8.  
 55 p. 1 fig.

(Thèse Méd. (El.) Paris  
 1944 N°.....)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

**Paule MATHIEU**

Née le 29 octobre 1914, à Teniet-El-Haad (Alger).

*Présentée et soutenue publiquement le.....19..*

# ABCÈS FROID DE LA RÉGION DU DÔME PLEURAL

IMAGE ARRONDIE PSEUDO-TUMORALE

Président: M. BÉNARD, Professeur.

PARIS  
IMPRIMERIE R. FOULON  
29, rue Deparcieux, 29  
1944



I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                        |                   |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie .....                                                         | ROUVIERE.         |
| Physiologie .....                                                      | Léon BINET.       |
| Physique médicale .....                                                | STROHL.           |
| Chimie médicale .....                                                  | POLONOVSKI.       |
| Bactériologie .....                                                    | GASTINEL.         |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale....                       | BRUMPT.           |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                             | BAUDOUIN.         |
| Pathologie médicale .....                                              | CHABROL.          |
| Pathologie chirurgicale .....                                          | PETIT-DUTAILLIS.  |
| Anatomie pathologique .....                                            | LEROUX.           |
| Histologie .....                                                       | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique .....                                                    | AUBERTIN.         |
| Hygiène et médecine préventive.....                                    | N...              |
| Médecine légale .....                                                  | DUVOIR            |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                        | LIAN.             |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                             | Henri BENARD.     |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                         | CHIRAY.           |
| Clinique médicale .....                                                | ABRAMI.           |
|                                                                        | FIESSINGER.       |
|                                                                        | HARVIER.          |
|                                                                        | P.-VALLERY-RADOT. |
| Hygiène et clinique de la première enfance....                         | CATHALA.          |
| Clinique des maladies des enfants.....                                 | Robert DEBRE.     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies<br>de l'encéphale ..... | LEVY-VALENSI.     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.                       | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                          | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies infectieuses .....                               | LEMIERRE.         |
|                                                                        | CADENAT.          |
| Clinique chirurgicale .....                                            | BROCQ.            |
|                                                                        | QUENU.            |
|                                                                        | MONDOR.           |
| Clinique ophtalmologique .....                                         | VELTER.           |
| Clinique urologique .....                                              | CHEVASSU.         |
|                                                                        | N...              |
| Clinique d'accouchement .....                                          | N...              |
|                                                                        | PORTES.           |
| Clinique gynécologique .....                                           | MOCQUOT.          |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...                      | LEVEUF.           |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                  | LOEPER.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                                | LEMAITRE.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                              | SENEQUE.          |
| Clinique propédeutique .....                                           | M. VILLARET.      |
| Clinique de la Tuberculose .....                                       | TROISIER.         |
| Clinique chirurgicale orthopédique .....                               | MATHIEU.          |
| Clinique de cardiologie .....                                          | DONZELOT.         |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                      | Clovis VINCENT.   |
| Assistance Médico-sociale .....                                        | N...              |
|                                                                        | DOGNON.           |
|                                                                        | GIROUD.           |
|                                                                        | HAZARD.           |
| Professeurs sans chaire .....                                          | JAYLE.            |
|                                                                        | JOANNON.          |
|                                                                        | OLIVIER.          |
|                                                                        | VERNE.            |

## II. — AGREGES EN EXERCICE

| MM.                         |                          | MM.                |                           |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------|---------------------------|
| AMELINE .....               | Pathologie chirurgicale. | DE GENNES .....    | Pathologie médicale.      |
| BARIETY .....               | Pathologie médicale.     | HAGUENAU .....     | Pathologie médicale.      |
| BERNARD (Etien.)            | Pathologie médicale.     | LACOMME .....      | Obstétrique.              |
| BESANÇON Justin.            | Hydrologie.              | LANTUEJOUL ....    | Obstétrique.              |
| BONNET .....                | Bactériologie.           | LAVIER .....       | Parasitologie.            |
| BOULIN .....                | Pathologie médicale.     | LELONG .....       | Pathologie médicale.      |
| BROUET .....                | Pathologie médicale.     | LEMAIRE .....      | Pathologie expérimentale. |
| BULLIARD .....              | Histologie.              | LENEGRE .....      | Pathologie médicale.      |
| CACHERA .....               | Pathologie médicale.     | Mlle J. LEVY ..... | Pharmacologie.            |
| CORDIER .....               | Anatomie.                | MARCHAL .....      | Pathologie médicale.      |
| COSTE .....                 | Pathologie médicale.     | MENEGAUX .....     | Pathologie chirurgicale.  |
| COUVELAIRE (Roger)          | Urologie.                | MOLLARET .....     | Pathologie médicale.      |
| DELARUE .....               | Anatomie pathologique.   | MOUQUIN .....      | Pathologie médicale.      |
| DELAY .....                 | Pathologie médicale.     | PATEL .....        | Pathologie chirurgicale.  |
| DEGREZ (H.). ....           | Physique.                | RENARD .....       | Ophthalmologie.           |
| DESOILLE .....              | Médecine légale.         | RICHET .....       | Physiologie.              |
| DIGONNET .....              | Obstétrique.             | SICARD .....       | Pathologie chirurgicale.  |
| DOGNON .....                | Physique.                | SOULIE .....       | Pathologie médicale.      |
| FEVRE .....                 | Pathologie chirurgicale. | SUREAU .....       | Obstétrique.              |
| FUNCK-BRENTANO              | Pathologie chirurgicale. | TURPIN .....       | Pathologie médicale.      |
| GALLIARD .....              | Parasitologie.           | WILMOTH .....      | Pathologie chirurgicale.  |
| GARCIN .....                | Pathologie médicale.     |                    |                           |
| Mlle GAUTHIER-VILLARS ..... | Anatomie pathologique.   |                    |                           |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

| MM.              |                          | MM.              |                        |
|------------------|--------------------------|------------------|------------------------|
| ALGLAVE .....    | Pathologie chirurgicale. | HUGUENIN .....   | Anatomie pathologique. |
| CHAILLEY-BERT .  | Physiologie.             | LE LORIER .....  | Obstétrique.           |
| GUENIOT .....    | Obstétrique.             | NEVEU-LEMAIRE .  | Parasitologie.         |
| HEITZ-BOYER .... | Pathologie chirurgicale. | PIEDELIEVRE .... | Médecine légale.       |
|                  |                          | VAUDESCAL .....  | Obstétrique.           |

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS  
DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

|                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| ALAIJOUANINE .. | } Clinique médicale |
| BRULE .....     |                     |
| CHEVALLIER ..   |                     |
| LAROCHE Guy ..  |                     |
| MOREAU .....    |                     |
| SEZARY .....    |                     |

MM.

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| BASSET .....   | } Clinique chirurgicale. |
| GATELLIER .... |                          |
| DE GAUDART ..  |                          |
| D'ALLAINES ..  |                          |
| MOULONGUET ..  |                          |
| MOURE .....    |                          |

MM.

|              |                         |
|--------------|-------------------------|
| ECALLE ..... | } Clinique obstétricale |
| VIGNES ..... |                         |

V. — CHARGES DE COURS

MM.

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé .... | Education physique.  |
| LEDoux-LEBARD .....        | Radiologie clinique. |
| DECHAUME .....             | Stomatologie.        |
| N... ..                    | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



A MA MERE

*A qui je dois tout, en gage de ma  
reconnaissance et de mon affection.*

À MES FRÈRE ET SŒUR

A MON FIANCÉ

AUX MIENS ET AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI BENARD

Professeur de Pathologie expérimentale et comparée

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le  
grand honneur de présider cette  
thèse.*

*En hommage de profonde recon-  
naissance pour le bienveillant ac-  
cueil qu'il nous a toujours réservé  
dans son service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEPARIS

Médecin des Hôpitaux de Paris

*Qu'il trouve ici toute ma gratitude pour le dévouement avec lequel il a bien voulu contribuer à mon instruction médicale au cours de ces dernières années et pour les précieux conseils qu'il nous a donnés pour l'élaboration de ce travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAMBERT

Médecin des Hôpitaux de Paris

*A qui je dois le sujet de cette thèse.*

*En gage de ma reconnaissance pour son aide bienveillante.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE  
ET DES HOPITAUX DE PARIS

## INTRODUCTION

---

Il nous a été donné d'observer, dans le service du Professeur H. BÉNARD, à l'Hôtel-Dieu, au cours des stages que nous y avons accomplis ces trois dernières années, un cas d'opacité arrondie du sommet.

Ce cas, nous ayant paru intéressant en raison des problèmes de diagnostic clinique et surtout radiologique qu'il soulève, nous en avons fait l'objet de cette thèse.

---



## OBSERVATION

---

M. Z..., Nord-Africain de vingt-neuf ans, manoeuvre dans un garage, entre dans le service du Professeur BÉNARD, à l'Hôtel-Dieu, le 20 novembre 1941. Un médecin de ville, qu'il est allé consulter, l'ayant examiné à l'écran radioscopique et ayant constaté une image opaque, arrondie, du sommet gauche, nous envoie cet homme pour un cancer probable du poulmon.

Voici l'histoire de ce jeune Nord-Africain :

En France depuis 1936, il n'a jamais été malade, lorsqu'au début de février 1941, il est obligé d'interrompre son travail et d'entrer à l'hôpital Saint-Louis, pour un abcès périnéal.

Le retentissement sur l'état général de cet abcès est assez marqué : la température varié entre 38° et 39°. L'appétit et le poids baissent. L'abcès est douloureux, la tuméfaction de la grosseur d'un œuf, les téguments à son niveau rouges et chauds.

Devant ce tableau d'allure aiguë, on incise l'abcès. La plaie est longue à se refermer. Le malade sort de l'hôpital, porteur d'une fistule par où s'écoule du pus. Depuis, cette fistule ne s'est jamais tarie. Le poids, qui était de 70 kgs avant l'entrée, est tombé à 60 kgs à la sortie. Se sentant encore fatigué, notre malade ne reprend pas son travail, il reste chez lui, à Paris. Le poids ne se relève pas malgré un bon appétit.

C'est alors que, vers le mois de juillet, c'est-à-dire il y a 5 mois environ, apparaissent progressivement les troubles suivants :

La fatigue générale s'accroît, l'amaigrissement recommence, le poids qui ne s'était jamais relevé depuis la sortie de Saint-Louis, baisse encore un peu ; de 60 kgs, il tombe en 5 mois à 57 kgs. La température n'a pas été prise pendant cette période. Cependant,

l'appétit est toujours bon. Il n'y a pas de sueurs nocturnes, pas de toux, mais le malade éprouve une dyspnée d'effort qu'il remarque surtout après la marche.

En même temps que cette atteinte de l'état général, que cette dyspnée d'effort, apparaît une douleur dans la région rétro-claviculaire gauche. Cette douleur n'est pas très intense et n'empêche pas le sommeil ; c'est plutôt un endolorissement, mais avec les mouvements du bras, elle s'accroît et irradie sous forme de tiraillements dans l'épaule et le coude et entraîne une gêne fonctionnelle du membre supérieur. C'est surtout l'élévation du bras, soit en avant, soit latéralement, qui est douloureuse.

Ce sont ces troubles qui, par leur accentuation progressive, amenés, il y a 2 jours, notre malade à consulter son médecin.

Dans ses antécédents, cet homme n'a eu aucune maladie. En Algérie, il n'eut pas de maladie d'enfance et fut indemne de paludisme, de dysenterie, de syphilis. Ses parents sont morts mais il ne peut préciser de quoi. Ses frères et sœurs sont bien portants.

En résumé, l'histoire de notre malade est celle-ci : chez un Nord-Africain, porteur d'une ancienne fistule périnéale, vraisemblablement tuberculeuse : apparition progressive depuis 5 mois d'une atteinte de l'état général, d'une légère dyspnée d'effort et d'un endolorissement de la région rétro-claviculaire et du coude gauche

#### *Examen :*

A son arrivée, le 30 novembre 1941, on est en face d'un jeune homme nettement amaigri mais en bon état général. La température est normale. Le malade ne tousse pas et ne crache pas. Dès l'inspection, on constate un soulèvement discret du creux sus-claviculaire gauche ; celui-ci est comblé par une masse assez molle, élastique, présentant certains nodules plus fermes ; l'ensemble donnant l'impression d'une masse englobant des ganglions, en d'autres termes : d'une adénite avec péri-adénite. La percussion du thorax *en avant* permet de déceler une matité du sommet gauche. A l'auscultation à ce niveau, le murmure vésiculaire est rude ; il est normal à la base. Le champ pulmonaire droit est normal. *En arrière*, au niveau de la fosse sus-épineuse, la palpation révèle une dimi-

nution des vibrations vocales, la percussion met en évidence une matité, à l'auscultation, un murmure vésiculaire rude. L'examen du reste du champ pulmonaire gauche et du champ pulmonaire droit ne révèle rien d'anormal.

*Examen du membre supérieur gauche.* — L'élévation du bras en avant et latéralement jusqu'à l'horizontale se fait sans aucune difficulté, mais au-dessus de cette ligne, une douleur assez vive apparaît au niveau de l'épaule et irradie vers le coude, limitant le mouvement; la main ne peut être posée sur la tête. Aucun trouble moteur n'est appréciable dans les territoires du circonflexe, du médian, du cubital et du radial. Aucun trouble de la sensibilité objective, tant tactile, douloureuse que thermique. Aucun signe de compression vasculaire : la courbe des oscillations au niveau de ce membre est normale et à peu près superposable à celle du membre opposé.

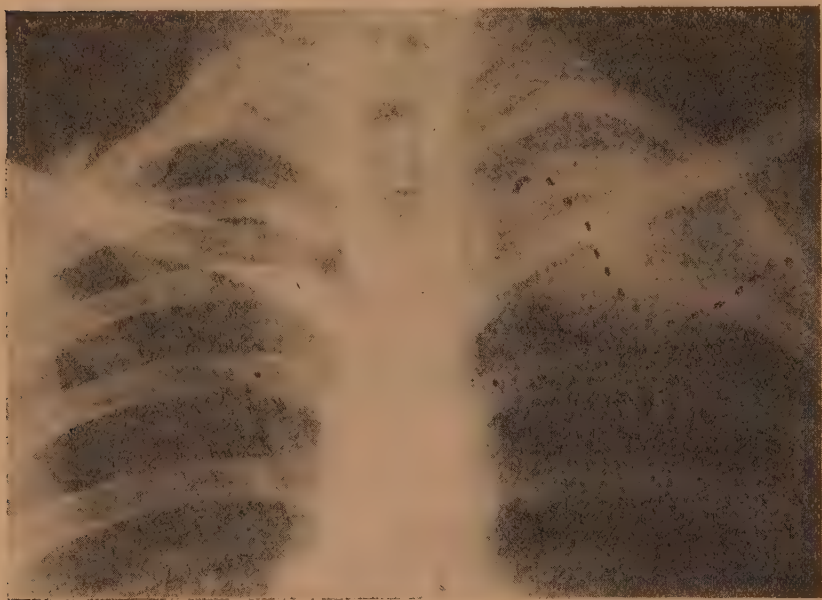
*L'examen somatique* ne révèle aucune anomalie. Les bruits du cœur sont normaux, ni souffle, ni bruit adventice. Le poulx bat à 72 pulsations à la minute. La tension artérielle, prise avec l'appareil de Vaquez, est de 96 1/2. A la palpation des aires ganglionnaires, en dehors de la zone sus-claviculaire gauche déjà examinée, on trouve des ganglions légèrement hypertrophiés et durs dans l'aisselle droite. Les territoires inguinaux et poplités sont normaux. Le foie, la rate sont normaux. Il n'existe pas de trouble digestif, il n'y a pas de constipation, la langue est propre, la gorge normale. L'examen neurologique général est négatif : les pupilles sont égales et régulières, elles réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation. Il n'existe aucun trouble de la motricité et de la sensibilité. Les réflexes tendineux sont normaux; on note simplement que les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs et polycinétiques des deux côtés. Il n'y a pas de trépidations épileptoïdes du pied ni de la rotule, pas de signe de Babinski. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

En somme, il reste à retenir de cet examen : une matité du sommet gauche, un soulèvement discret du creux sus-claviculaire comblé par une masse assez molle présentant certains nodules plus

fermes d'apparence ganglionnaire. Il n'existe pas de signe de compression vasculaire, pas de trouble neurologique.

*Radiographie :*

Le cliché pris de face montre : au sommet gauche, une ombre opaque, homogène, arrondie, mais plutôt ovale, à grand axe transversal, à contours nets, tranchant sur un parenchyme sain.



En haut et en dehors, cette ombre touche la limite thoracique. En dedans, elle est séparée de la colonne vertébrale par 1 cm. de parenchyme sain. Le bord inférieur est régulièrement concave vers le bas et très net. L'opacité de cette ombre, sa forme arrondie, la netteté de ses contours tranchant sur un parenchyme sain sont autant de caractères qui rendent tout à fait légitime la première idée de cancer de l'apex, éventualité pour laquelle le malade a été hospitalisé. Cette image, non plus, n'est pas sans analogie avec celle de kyste hydatique du sommet et surtout avec les images de neu-

rinomes intra-thoraciques. Cependant une analyse plus attentive de cette image permet de suspecter l'existence d'une tuméfaction développée à la partie supérieure du thorax, saillant en haut, derrière la clavicule, refoulant en bas le sommet du poumon, débordant sur ses faces antérieure, externe et postérieure, le coiffant en demi-calotte. En effet, à l'intérieur de l'ombre arrondie, on constate une zone plus dense dont le contour inférieur très net se raccorde en dehors et en haut avec le contour extérieur.

Les radiographies de profil et en oblique montrent toutes les caractéristiques d'homogénéité, de netteté de contours de cette opacité, mais elles n'apportent pas de renseignement supplémentaire.

Pour préciser la topographie de cette image arrondie, on tente une pneumo-séreuse, dans l'espoir de dissocier cette ombre du poumon; cette manœuvre montre l'existence d'une symphyse limitée à la zone opaque.

Enfin, d'autres examens furent pratiqués en vue de préciser l'étiologie de cette opacité :

*La cuti-réaction* à la tuberculine, le 30 novembre 1941, se montre fortement positive.

*L'examen du liquide du tubage gastrique* ne montre pas de bacille de Koch après homogénéisation.

*Une ponction* faite le 1<sup>er</sup> décembre, au niveau du creux sus-claviculaire, ramène avec peine un magma épais, trop épais pour pouvoir être aspiré plus abondamment. L'examen cyto bactériologique montre : fond sale, grumeleux, peu coloré. Eléments assez rares. Polynucléaires altérés. Quelques lymphocytes. Aspect monotone, très en faveur de l'adénie bacillaire.

*L'examen du sang* donne :

Une réaction de Bordet-Wassermann négative. Un taux de l'urée de 0 gr. 22, et le 22 novembre 1941, la formule sanguine suivante :

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| Hémoglobine .....                 | 93 %      |
| Globules rouges .....             | 4.210.000 |
| Globules blancs .....             | 11.000    |
| Polynucléaires neutrophiles ..... | 75 %      |
| Polynucléaires éosinophiles ..... | 1 %       |

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| Polynucléaires basophiles ..... | 1 % |
| Moyens mononucléaires .....     | 5 % |
| Lymphocytes .....               | 9 % |
| Monocytes .....                 | 9 % |

*La réaction de Weinberg, le 1<sup>er</sup> décembre 1941, est négative.*

En résumé : la nature tuberculeuse de cette masse est très vraisemblable en raison de l'atteinte de l'état général, du terrain, de l'existence d'une fistule périnéale, d'une cuti-réaction fortement positive, des caractères cyto-bactériologiques du pus.

*L'évolution* ne tarde pas à l'établir : les jours suivants, la tuméfaction s'accroît, présente, à sa partie postérieure un épaississement en margelle et devient fluctuante ; une ponction le 18 décembre 1941 ramène alors un pus grumeleux, aseptique ; l'examen de laboratoire donne : Très nombreux polynucléaires extrêmement altérés, aucun germe visible, Recherche des bacilles de Koch négative. Malgré les ponctions répétées, difficiles en raison du cloisonnement de la poche, la fistulisation se produit. En vue de mieux préciser la topographie de cet abcès, on injecte du lipiodol par la fistule et on fait une nouvelle radiographie ; celle-ci ne donne pas de précision utile, on voit seulement que le lipiodol s'est étalé régulièrement dans le fond de la poche qui correspond bien à la partie inférieure, concave en haut de l'opacité arrondie.

Le malade est gardé 5 mois dans le service. Pendant ce long séjour, le poids s'est maintenu aux environs de 56 kgs. La température, bien que présentant souvent de petites montées à 37°8-38°, le soir, reste à peu près normale jusqu'en janvier 1942. Du début de janvier au début d'avril, les oscillations sont alors régulières : 36°5-37° le matin, 38°-38°5 le soir. Le traitement poursuivi consiste en injections intraveineuses de gluconate de calcium et en phytine per os. La guérison de cet abcès froid fistulisé paraissant devoir être lente et, ne pouvant envoyer en cure héliothérapique ce malade, celui-ci est dirigé, le 11 avril 1942, sur l'hôpital de Garches, centre le tuberculose chirurgicale.

Cela fait maintenant un an et demi, et il s'y trouve toujours ; nous sommes allés lui rendre visite dernièrement ; nous avons

appris que pendant une longue période, les ponctions répétées et les rayons ultra-violetes n'ont pu empêcher l'abcès de s'étendre et d'occasionner quelques faits nouveaux. Dans les notes prises au cours des examens successifs, nous trouvons les observations suivantes :

A la date du 20 avril 1942 : « La mobilité du membre supérieur gauche n'est pas modifiée, il y a des troubles importants de la sensibilité au tact et à la piqure au niveau de ce membre ». Les zones et la nature de l'anesthésie ne sont pas précisées.

Le 26 juin 1942 : « Il est apparu maintenant un volumineux abcès fluctuant, sous-pectoral gauche, qui descend à deux travers de doigt au-dessus du mamelon; il est évident qu'on est en présence d'un abcès froid sus-claviculaire avec fusée sous-pectorale ». Cet abcès est plusieurs fois ponctionné.

Le 10 février 1943 : « L'état du périnée encore fistuleux s'est amélioré ».

Le 9 juin 1943 : « Apparition d'une petite tuméfaction dans la région sterno-costale gauche; il s'agit sans doute d'une nouvelle fusée de l'abcès thoracique ».

De nombreuses radiographies avec lipiodol ont été faites. Sur les clichés pris du thorax, on voit que l'image primitive opaque et arrondie bien limitée du sommet est restée la même. En plus, des traînées descendantes de lipiodol montrent que cet abcès envoie des fusées sous-pectorales et latéro-sternales. En outre, de nombreuses radiographies de l'articulation de l'épaule, comme les radiographies du thorax, n'ont pu donner une origine osseuse ou articulaire à cet abcès. De même les radiographies du bassin n'ont pu montrer de lésions osseuses ou articulaires pouvant être à l'origine de l'abcès fistulisé périnéal.

Le pus a été examiné plusieurs fois au laboratoire; l'examen bactériologique du 2 mars 1943 donne à l'examen direct : polynucléaires abondants mais en voie de lyse, pus d'aspect aseptique. Les cultures demeurent stériles après 48 heures d'étuve. La recherche du bacille de Koch y est négative, des ensemencements sur milieu de Löwenstein ont été pratiqués et mettent enfin en évidence la présence de bacilles de Koch.

Actuellement, notre malade est en voie d'amélioration. Nous l'avons examiné le 3 septembre 1943; son état général est tout à fait satisfaisant. La température depuis deux mois est redevenue normale. Le poids a légèrement augmenté, il est de 60 kgs. L'appétit est très bon.

L'examen du thorax ne montre plus grand chose : à l'inspection, on a l'impression que le creux sus-claviculaire gauche est un peu moins profond que de l'autre côté, on n'y sent plus rien d'anormal. A la base du cou, l'ancienne fistule est entièrement cicatrisée. Dans la région sterno-costale gauche, il subsiste une petite zone ovale, tuméfiée, de la grosseur d'une amende; à son niveau, les téguments sont d'apparence normale, on y sent une fluctuation. L'examen pulmonaire montre que les anomalies trouvées au début de la maladie ont presque disparues : les vibrations locales sont normales. La percussion du sommet gauche montre encore une légère submatité. L'auscultation y révèle un murmure vésiculaire un peu plus faible que du côté opposé. Il n'y a plus de pectoriloquie aphone dans la fosse sus-épineuse.

Le membre supérieur gauche a sensiblement le même volume que le membre opposé. Les mouvements de l'articulation de l'épaule, bien qu'améliorés, sont encore limités : l'élévation du bras ne peut se faire plus haut qu'un peu au-dessus de l'horizontale. La force musculaire segmentaire est bonne mais un peu moins grande que de l'autre côté; au niveau de l'épaule, ceci s'explique par une cause locale, au niveau du coude et de la main, elle porte de façon égale sur les extenseurs et les fléchisseurs et s'explique sans doute par une très légère atrophie musculaire. On ne trouve pas de diminution appréciable du tonus musculaire. Les réflexes sont normaux. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité au tact, à la douleur et à la température.

L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal; cependant les réflexes rotuliens sont restés vifs et polycinétiques. La fistule périnéale persiste mais elle coule beaucoup moins.

En définitive : Bien que la fistule soit fermée, l'abcès thoracique n'est pas encore complètement asséché. Les mouvements de

l'épaule sont encore limités. La fistule périnéale n'est pas encore cicatrisée. L'amélioration réalisée est certaine, tant au point de vue local que général, mais il est impossible de fournir quelques précisions sur la date de guérison définitive.

---



## DISCUSSION CLINIQUE

---

L'observation que nous rapportons concerne un sujet Nord-Africain de 29 ans, chez qui sont apparus progressivement depuis 5 mois, une atteinte de l'état général, sans fièvre, une légère dyspnée d'effort et un endolorissement de la région sus et rétro-claviculaire gauche, irradiant le long du membre supérieur, entraînant une légère gêne fonctionnelle de ce membre.

A l'arrivée à l'hôpital, l'examen met en évidence une matité de la fosse sus-épineuse et de la région sus-claviculaire gauche, ainsi qu'un soulèvement discret du creux sus-claviculaire, comblé par une masse molle, présentant certains nodules plus fermes, d'apparence ganglionnaire. Il n'existe aucun signe de compression vasculaire, aucun trouble neurologique.

La radiographie montre une image arrondie, opaque, homogène, du sommet gauche. De face, la limite inférieure, convexe vers le bas de cette image, descend jusqu'au niveau du deuxième espace intercostal. Ses bords externe et supérieur sont confondus avec la paroi thoracique. Son bord interne n'atteint pas le rachis.

L'évolution prouve la nature tuberculeuse de cette masse. Mais au début, le diagnostic peut prêter à des discussions nombreuses, en particulier, il pose le problème de l'interprétation des images arrondies de l'apex. C'est l'étude de ce problème que nous nous proposons de détailler quelque peu.

\*  
\*\*

L'étude radiologique des opacités arrondies du poumon a déjà été traitée dans la remarquable thèse de M. PEUTEUIL (Paris, 1929) et dans un article récent de MM. BELOT et PEUTEUIL, paru dans *La Presse Médicale*, n° 34, 25 avril 1936. Le diagnostic des différentes affections qui peuvent donner naissance à des images analogues présente des difficultés diverses selon les cas.

Nous limiterons notre étude aux images de l'apex, c'est-à-dire aux opacités intéressant sur un cliché la région des premiers espaces intercostaux, la transparence pulmonaire étant par ailleurs normale dans le reste du champ pulmonaire et dans le champ thoracique opposé. C'est donc un sujet plus restreint que celui qu'a envisagé dans sa thèse M. PEUTEUIL. Dans ce cadre nous n'avons pas l'intention de présenter notre sujet comme une étude très poussée de diagnostic radiologique, car alors, il conviendrait d'analyser d'abord minutieusement les détails des clichés de face et de les comparer aux renseignements fournis par la radioscopie. Il faudrait surtout insister sur les différents aspects de l'ombre pathologique dans les positions obliques et de profil. Cette étude devrait être complétée par l'exposé des techniques de radiographie après injection lipiodolée dans les bronches supérieures. Elle serait enfin terminée par une étude tomographique. Le repérage de l'ombre anormale, ses dimensions, ses limites, ses contours, les zones de séparation avec les régions voisines, les caractères de l'opacité, son homogénéité seraient donc décrits, puis précisés par rapport à une étude radiologique complète, telle que les techniques les plus modernes permettent de la réaliser.

Ce n'est pas ce sujet que nous avons désiré aborder. Nous avons en vue un travail plus modeste et nous désirons essayer d'apporter une courte synthèse, une courte revue générale des images arrondies de l'apex observées sur le cliché de face, c'est dire une étude de simple cli-

nique courante. Il est évident que cette discussion, même réduite à ce cadre, est déjà plus simple, mais elle ne prendrait toute sa signification que rapprochée du tableau clinique : une image arrondie de l'apex peut être donnée par un kyste hydatique pulmonaire, elle peut être aussi une image de pneumonie caséuse de l'enfant comme ARMAND-DELILLE et Ch. LESTOCQUOY en ont rapporté des exemples très instructifs. Or il est évident que le diagnostic ne se présente absolument pas dans les mêmes conditions dans les deux cas. Aussi bien, la discussion clinique ne prend-elle toute sa valeur qu'en confrontant les données de la radiologie et les résultats de l'examen clinique complet. Il s'agit là d'un point sur lequel tous les cliniciens sont d'accord et que nous pouvons presque nous excuser de rappeler. Ainsi, c'est de ces données que nous désirons tirer le plan de notre travail.

\*  
\*\*

Dans une première partie radiologique, nous rappellerons quels sont les processus pathologiques capables de donner une image opaque arrondie de l'apex sans nous intéresser au contexte clinique. Il s'agira seulement d'un exposé morphologique. Nous le terminerons en expliquant les données qui nous ont permis, au simple examen du premier cliché de notre malade, de pousser très loin la précision topographique dans le cas que nous présentons.

\*  
\*\*

Dans une deuxième partie plus courte, nous résumerons les travaux récents portant sur l'atteinte neurologique du plexus brachial et des nerfs du plexus cervical accompagnant un processus pathologique de néoforma-

tion au sens le plus large du mot, de la région sus-claviculaire.

\*  
\*\*

Il y a déjà longtemps que l'étude des opacités arrondies intra-thoraciques intéresse les radiologistes. Les premiers travaux furent publiés dès la fin du siècle dernier par BÉCLÈRE, puis viennent les études remarquables de SERGENT, celles de DEVÉ, de DE ABREU; plus près de nous celles de BENDA, PRUVOST, DURAND, KOURILSKY, NICAUD, enfin nous avons déjà cité les travaux de BELOT et de PEUTEUIL.

La localisation au sommet en est donc un cas particulier. Ceci demande d'ailleurs quelques précisions : l'aspect arrondi, où pour être plus précis, sphérique, ne correspond donc qu'à la partie inférieure de l'image, puisque par ailleurs, l'ombre est limitée par le cadre thoracique. Les processus pathologiques qui peuvent donner de telles images sont de divers types, si l'on analyse les observations publiées. Ce peuvent être des néoformations développées aux dépens du corps thyroïde, goitre aberrant, plongeant, kyste dermoïde ou même un anévrysme aortique. Nous insisterons peu sur ces cas relativement très exceptionnels, non plus que sur les cas encore plus rares de pneumolithes découverts au sommet. Beaucoup plus intéressants sont les *lésions inflammatoires*, les *productions parasitaires* et les *néoplasmes*.

\*  
\*\*

LES LÉSIONS INFLAMMATOIRES donnent en vérité, dans des conditions exceptionnelles, une ombre dont le contour inférieur est circulaire. On a cependant rapporté des observations d'*infections aiguës*, pneumonie du sommet

(SERGENT, BORDET, DURAND, COUVREUX) et même *chroniques* : abcès du poumon, kyste gazeux infecté; voire *tuberculeuses* : pneumonie caséuse par exemple; enfin *syphilitiques* dans le cas de gomme du poumon — observations très diverses qui décrivent au sommet des opacités arrondies.

Non seulement une inflammation pulmonaire mais une atteinte pleurale et surtout ganglionnaire peut également apporter le même aspect. C'est ainsi que les *pleurésies enkystées*, axillaires et du sommet, les paraffinomes peuvent être à l'origine de ces images, de même que les inflammations ganglionnaires : les adénopathies trachéo-bronchiques d'énorme dimension chez l'enfant, comme ARMAND-DELILLE et Ch. LESTOCQUOY en donnent plusieurs observations dans « La tuberculose pulmonaire et les maladies de l'appareil respiratoire de l'enfant et de l'adolescent », 1933.

Par contre la Maladie de Hodgkin ne nous a pas paru donner d'image de masse unique à contour régulier, ainsi que nous y reviendrons.

\*  
\*\*

Mais ces images arrondies au cours d'états inflammatoires sont véritablement *rare*s. Il faut en effet des conditions très spéciales pour qu'elles puissent être observées.

Au contraire, l'opacité arrondie typique, classique, est celle que réalise le KISTE HYDATIQUE.

\*  
\*\*

Depuis ces dernières années, l'accent a été mis sur l'importance et la fréquence des NÉOPLASMES PULMONAIRES. Nous n'entrerons pas ici dans la discussion de la *nature des néoplasmes pulmonaires*, et en particulier nous ne discuterons pas ici la nature épithéliomateuse

ou sarcomateuse de certains néoplasmes pulmonaires primitifs. Nous ne discuterons pas non plus l'origine exacte de ces cancers du poumon, qu'ils soient d'origine parenchymateuse proprement dite ou de simples épithélioma bronchiques comme LECŒUR dans sa thèse récente y a bien insisté. Les tumeurs malignes du poumon seront étudiées dans ce chapitre du point de vue radiologique seulement et sans préjuger de leur nature histopathologique exacte.

De même dans un court chapitre, nous passerons également en revue les tumeurs secondaires dont nous citerons l'observation de la thèse de PEUTEUIL (métastase pulmonaire d'un sarcome fémoral) et dont MM. H. BÉ-NARD, RAMBERT et DEPARIS ont publié un bel exemple dans la thèse de HEBOUÏ (Paris, 1943).

Enfin, nous insisterons sur les tumeurs ganglionnaires néoplasiques associées à une tumeur maligne pulmonaire.

Les études de ces dernières années, en particulier les recherches de MM. TROISIER, BARIÉTY, BROUET, etc., ont insisté sur les NEURINOMES THORACIQUES, tumeurs d'un type particulier, qui peuvent donner des images opaques arrondies tout à fait analogues à celles que nous présentons et nous rappellerons que le médecin avait envoyé notre malade à l'hôpital après radioscopie thoracique, avec le diagnostic de cancer du poumon.

Tels sont les différents points que nous allons maintenant développer quelque peu dans cette première partie de notre travail.

\*  
\*\*

Nous passerons rapidement sur quelques observations, à vrai dire peu nombreuses, où l'opacité arrondie qui nous intéresse est attenante au médiastin supérieur ou provient du corps thyroïde.

De l'avis de certains auteurs, dont SERGENT, BORDET et VAQUEZ, MAINGOT, et, comme l'a bien précisé PEUTEUIL dans sa thèse, les *anévrismes de l'aorte* peuvent souvent réaliser des images opaques, régulièrement arrondies, bien limitées, immobiles et ressemblant à une image tumorale. Cet aspect se rencontre lorsqu'il s'agit d'une poche ancienne, à long pédicule invisible, lui permettant d'empiéter largement sur la clarté thoracique. PEUTEUIL (thèse) reproduit des clichés très intéressants représentant de tels anévrismes (*fig. 12, 13, 14*).

De même, le *kyste dermoïde* qui provient en général du médiastin antérieur, s'il est assez volumineux, projette son image sur le champ pulmonaire. Il donne alors une ombre très dense, souvent uniforme, nettement arrondie et fait souvent porter le diagnostic de kyste hydatique.

Nous rapprochons de ces cas celui d'un fibrome d'origine vertébrale dont le cliché est reproduit par SERGENT, BORDET, DURAND, COUVREUX, dans l'ouvrage déjà cité, planche XLIV, p. 127, fig. 1 : « Tumeur arrondie, à bords nets, d'opacité très accusée, qui se projette dans la partie supérieure et interne du champ pulmonaire. La radioscopie montrait sa situation en arrière, contre les côtes, le long de la colonne vertébrale ».

Une opacité arrondie du sommet peut également tirer son origine du corps thyroïde, du thymus chez l'enfant; dans ces cas, l'ombre se dessine dans la partie tout à fait interne du sommet. Par exemple, le cliché reproduit par SERGENT, BORDET, DURAND, COUVREUX (*Exploration radiologique de l'appareil respiratoire, 1931 - planche XLII, p. 123, fig. 1*) : Goitre endothoracique (vérification chirurgicale) — montre une « Tumeur arrondie dont le bord droit est nettement dessiné, dont la partie supérieure se perd dans l'ombre du cou ».

\*\*\*

Plus intéressants sont les PROCESSUS INFLAMMATOIRES.

La PNEUMONIE DU SOMMET réalise, il est vrai assez rarement, au lieu de l'image en casque habituelle, une opacité à bord inférieur convexe vers le bas. C'est ainsi que SERGENT, BORDET, DURAND, COUVREUX (Exploration radiologique de l'appareil respiratoire — p. 257, fig. 4) décrivent une « Image en casque avec, comme particularité, une démarcation scissurale arrondie comme cela se voit quelquefois. Le diagnostic clinique était broncho-pneumonie du sommet. La radiologie fut prise deux jours avant la défervescence ». Sur le cliché, on voit que la limite inférieure de l'ombre est arrondie, nette, convexe vers le bas au lieu de l'être vers le haut comme sur les trois autres clichés de bloc de pneumonie, figurés sur la même page.

L'ABCÈS DU POUMON se traduit par une image hydro-aérique après la vomique, mais avant celle-ci, il réalise souvent une opacité arrondie : les contours en sont généralement estompés du fait des réactions périphériques. Quelquefois cependant, « si ces réactions périphériques sont peu intenses, l'opacité a des contours arrondis... tels que... de gros nodules broncho-pneumoniques, des métastases cancéreuses peuvent donner des images analogues. D'autre part, un kyste hydatique se révèle par une image ovoïde qui ne diffère guère de celle d'un gros abcès; c'est même là, entre autres raisons, un argument que j'ai plusieurs fois invoqué devant vous pour vous montrer qu'une image dite kystique ne comporte pas nécessairement un diagnostic radiologique de kyste hydatique » (SERGENT - Les grands syndromes respiratoires).

LES INFARCTUS ET EMBOLIES SEPTIQUES DU POUMON peuvent réaliser, comme le dit PEUTEUIL, « des opacités arrondies de dimensions restreintes et de contours nets

comme le montre le cliché ci-contre, *fig. 19* — embolie septique secondaire à une appendicectomie à chaud ».

BENHAMON et FOÛRES, dans leur article « Image arrondie d'infarctus pulmonaire au cours d'un anévrysme aortique » — Soc. méd. Hôp., 6 juillet 1943 — ont observé une « image intra-pulmonaire, arrondie, à contours nets et comme tracés à la plume ». Cette image fait discuter la lymphogranulomatose, le lympho-sarcome, le cancer, le kyste hydatique.

Les KYSTES GAZEUX INFECTÉS ont fait l'objet d'études récentes, les observations en sont nombreuses dans les publications de ces dernières années. Parmi les auteurs qui se sont intéressés à cette question, citons SERGENT, KOURILSKY, DURAND, Robert DEBRÉ, M. LAMY.

Le kyste isolé suppuré de moyen volume pose d'une façon générale le diagnostic des opacités arrondies intra-thoraciques. Souvent, comme dans le cas de l'abcès du poumon, l'opacité est soit uniforme, soit interrompue par une image hydroaérique; les bords en sont flous mais il arrive qu'on ait à faire à une image d'opacité uniforme et à bords nettement arrondis. C'est ainsi que dans leur article publié à la Société médicale des hôpitaux, le 16 avril 1937 : « Les kystes aériens suppurés », SERGENT et KOURILSKY écrivent : « Les kystes suppurés se présentent radiologiquement comme des images très régulières, souvent à double contour et parfaitement arrondies. La fixité de l'image au cours des examens successifs est très remarquable et différencie les kystes des abcès et des pleurésies purulentes ».

Dans l'observation de L. PRUVOST, publiée à la Société Médicale des Hôpitaux, le 3 avril 1941, « il s'agissait d'un volumineux kyste de la base droite, habituellement aérien; mais en période de suppuration il devenait opaque en totalité sans que sa forme régulièrement arrondie en fût modifiée ».

L'INFECTION TUBERCULEUSE donne quelquefois au som-

met,, une ombre dont le contour inférieur est circulaire : *La lobite tuberculeuse du sommet* constitue dans certains cas une image opaque arrondie telle que la décrit PEUTEUIL dans sa thèse et pour qui elle se caractérise par « l'absence d'homogénéité de l'ombre, ensuite par le fait que bien souvent une partie du contour est limitée en un point par la scissure, réalisant un segment rectiligne alors que le reste des contours est sphérique ». Le cliché fig. 20 — qu'il montre, répond à cette description; l'ombre s'étend sur tout le sommet; sa limite inférieure dans l'ensemble concave vers le haut, est rectiligne dans sa partie externe qui correspond à la scissure. /

De même ARMAND-DELILLE et Ch. LESTOQUOY (Atlas de pathologie radiologique IV) montrent, p. 125, fig. 97, la « radiographie d'un cas de pneumonie tuberculeuse lobaire » chez un enfant de 18 mois; c'est une ombre du sommet gauche, le bord inférieur est concave vers le haut.

Non seulement une inflammation pulmonaire mais une atteinte pleurale peut donner l'image qui nous intéresse :

LES PLEURÉSIES ENKYSTÉES DU SOMMET réalisent des images de dimensions variables, d'une opacité uniforme, le bord inférieur est net et convexe vers le bas. Voici les constatations faites sur ces pleurésies par M. J. OPRAN dans son étude : « Les pleurésies enkystées et cloisonnées de la grande cavité » (Arch. méd. chirur. de l'app. resp., 1936, p. 86). « Ces pleurésies montrent une opacité nette du sommet, qui couvre uniformément les trois premiers espaces inter-costaux, parfois le quatrième et même le cinquième. Bordées en dedans par l'ombre médiastine, en dehors par les côtes, elles sont limitées en bas par l'adhérence qui constitue « le plancher » de la poche et qui, refoulé par le poids du liquide, revêt la forme constante d'une courbe à convexité inférieure, qui va de l'angle cléido-médiastinal à la paroi costale externe.

Au-dessous de cette ligne se trouve la clarté pulmonaire diminuée à son voisinage. »

Nous rapprocherons des images de pleurésies enkystées du sommet, les images artificielles au niveau de la plèvre, créées dans un but thérapeutique, telle que l'image publiée par RAVINA (Cliché Et. Bernard) dans son Manuel de phtisiologie, 1942, p. 127, fig. 19. C'est au sommet droit une opacité dense, uniforme, à limite inférieure très nette, concave vers le haut; cette image est due à un oléothorax.

Citons aussi le cliché reproduit par LEFÈVRE, DOUADY et VENATOR dans leur article : « Pneumopéritoine thérapeutique et phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire » (Arch. méd. chirur., tome XIV, n° 4, 1939-40-41, p. 269, fig. 2). C'est l'image d'un pneumothorax extra-pleural médical du sommet avec blocage paraffiné. Cette image ressemble beaucoup à celle de notre observation.

Les INFLAMMATIONS GANGLIONNAIRES, surtout chez l'enfant, lorsqu'elles provoquent une masse unique et volumineuse, peuvent se traduire sur la radiographie par une opacité arrondie du sommet : ARMAND-DELILLE et Ch. LESTOCQUOY en donnent de beaux exemples chez l'enfant (Atlas de pathologie radiologique, fig. 213, p. 282), « Radiographie prise chez un enfant de 4 ans 1/2, montrant dans le lobe supérieur gauche une importante ombre arrondie qui, au premier abord, peut passer pour ganglionnaire. Noter la déviation du médiastin — Enfant en bon état général, subfébrile — Cuti-réaction positive — Présence de B. K. dans le contenu gastrique ». Un autre cliché : fig. 153, p. 193, pris chez un enfant de 6 mois, montre de même l'énorme dimension que peut atteindre l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant. C'est une « adénopathie juxta-trachéale droite se traduisant sur la radiographie par une importante ombre arrondie qui obscurcit la plus grande partie du sommet droit et efface la clarté trachéale... Cette ombre n'est pas dans sa tota-

lité en rapport avec la masse ganglionnaire, elle est en partie portée par un gros tubercule caséeux qui occupe le lobe supérieur droit ».

Par contre, il nous a paru que la maladie de Hodgkin donnait au niveau du poumon des images beaucoup plus souvent polycyclique ou en plages séparées les unes des autres et nous ne pouvons guère rapprocher ces aspects de l'image que nous étudions.

\*\*

Les opacités arrondies du sommet créées par les images d'inflammation sont rares, nous avons décrit pour chacune d'elles des cas particuliers; il n'en est pas de même pour l'image du KISTE HYDATIQUE du poumon, qui, lorsqu'elle se présente au sommet, réalise souvent une image typique que nous allons étudier maintenant.

Rappelons que le kyste hydatique avait été signalé par LAENNEC, puis étudié par TROUSSEAU, HEARN, DAVAINNE, DIEULAFOY. DEVÉ eut le grand mérite, par son étude clinique approfondie, complétée par des données expérimentales, de mettre au point la question.

Dès la fin du siècle dernier, BÉCLÈRE décrivait l'image circulaire, à contours nettement limités, « comme tracés au compas », produite par le kyste hydatique pulmonaire.

Dans de nombreuses publications, cette image a été étudiée ensuite par LECÈNE, PRUVOST, COTTENOT, et surtout par le Professeur SERGENT, à la suite des auteurs argentins, dont ESCUDERO. Récemment, BELOT et PEUTEUIL en ont fait une étude très détaillée dans un article de *La Presse Médicale* (25 avril 1936).

Le diagnostic du kyste hydatique du poumon est difficile; on sait que BÉCLÈRE a fait de l'image du kyste hydatique une description restée classique : « Les kystes hydatiques, dit-il, comme toutes les production patholo-

giques qui, sans détruire le tissu pulmonaire, le repoussent à leur périphérie, se manifestent par des ombres arrondies, à contours nettement limités et comme tracés au compas ».

Par la suite, on s'est rendu compte que cet aspect est loin d'être pathognomonique, que grand nombre de processus de néoformation, quelle qu'en soit la nature, peuvent le reproduire, que souvent, « les plus belles images « kystiques » sont données par les processus néoplasiques du poumon » (BELOT et PEUTEUIL). De plus, on admet de nos jours avec SERGENT que les kystes hydatiques donnent souvent « une image dont les contours au lieu d'être nettement arrêtés, sont limités et un peu flous, alors que les images des tumeurs sarcomateuses donnent au contraire des contours nettement arrêtés et comme tracés au compas ». Enfin, dans leur article, BELOT et PEUTEUIL ont insisté sur un signe qui aurait à lui seul une valeur pathognomonique : c'est le signe du décollement. Il se traduit par une image claire, en croissant, coiffant le pôle supérieur de l'opacité arrondie du kyste. Ce signe est assez fréquent mais malheureusement, il ne se rencontre pas toujours.

Un autre caractère essentiel de l'ombre du kyste hydatique, c'est son homogénéité; c'est une ombre de teinte foncée, assez dense dans les kystes volumineux pour masquer au centre la teinte des côtes, cette densité décroît régulièrement à partir du centre.

Le volume des kystes est variable; leur nombre aussi, on peut en voir plusieurs dans un même champ pulmonaire, mais le plus souvent, ils sont uniques. Leur localisation se fait dans la règle d'après PEUTEUIL, plutôt à droite et dans le lobe supérieur, mais on peut en rencontrer partout, et puisque notre étude porte sur le sommet, nous nous sommes attachés à rechercher les images de kyste du sommet.

L'une d'entre elles est caractéristique, c'est celle pu-

bliée par LEDOUX-LEBARD, dans son manuel de radio-diagnostic clinique, 1933 - fig. 572, page 559 : « Kyste hydatique du poumon à coque en partie calcifiée ». Il s'agit d'un kyste du sommet droit qui réalise d'une façon parfaite une image telle que celle de notre observation. Elle est cependant plus volumineuse, occupe toute la largeur du sommet et descend plus bas. Son contour inférieur est net et régulier.

Une image arrondie de l'apex, à contours nets, peut donc être réalisée par un kyste hydatique, à condition que celui-ci ne soit pas infecté.

De même, elle peut témoigner d'un cancer du poumon.

\*  
\*\*

La description du CANCER DU POUMON remonte au début du siècle dernier. C'est BAYLE qui eut le mérite, en 1810, de décrire le premier « la phtisie cancéreuse ». Puis, quelque temps après, LAENNEC en fit une entité morbide. Plus tard, l'étude du cancer du poumon entre dans une phase anatomo-pathologique; il est l'objet de travaux nombreux, parmi lesquels ceux de MALASSEZ, CORNIL et RANVIER, FUCHES, ADLER, LETULLE et MÉNÉTRIER.

Mais c'est surtout récemment, par les recherches cliniques et radiologiques modernes, que le cancer du poumon est entré dans le domaine de la clinique courante. Il fait l'objet d'innombrables travaux, parmi lesquels nous citerons ceux de SERGENT et de ses collaborateurs, ceux de RIST, de ROUSSY. Puis, la thèse de HUGUENIN constitue l'ouvrage le plus complet écrit sur le cancer primitif du poumon. Enfin, ces dernières années, les observations se sont multipliées. Citons celles de GUILLAIN et STERNE en 1936, celles de PRUVOST, POUMEAU-DELILLE, de NICAUD.

L'aspect radiologique du cancer de l'apex est assez variable suivant les observations. On décrit des formes

dont l'ombre est d'opacité incomplètement homogène, où les bords diffus envoient des prolongements, des formes circonscrites à bords nets et arrondis, des formes cavitaires où l'ombre est creusée d'une excavation plus ou moins grande, pouvant contenir du liquide, des formes lobaires où l'opacité limitée en bas par la scissure, occupe tout le lobe supérieur, des formes pleurales. Dans toutes ces formes, le caractère dominant en dehors de l'aspect purement morphologique d'homogénéité, de contours nets, est l'accroissement progressif de la tumeur étudiée sur les clichés successifs.

GUILLAIN, PRUVOST et POUMEAU-DELILLE insistent tout particulièrement dans leurs articles sur un signe assez fréquent de cancer du poumon : l'usure osseuse visible surtout au niveau des côtes.

Dans notre étude, nous ne retiendrons que la forme circonscrite; seule elle se traduit par une image du type que nous étudions. HUGUENIN en fait la description suivante : elle est « limitée et apparaît souvent d'une netteté parfaite, c'est un disque intra-pulmonaire arrondi qui peut faire hésiter souvent le diagnostic avec celui de kyste hydatique. Mais pourtant, l'image est moins ronde qu'ovale, son contour est un peu flou, voire très mal limité en une zone, ou bien elle est polycyclique et ne réalise pas dans toute son étendue le tracé au compas du kyste ». Cette forme circonscrite est assez rare du fait de la tendance envahissante du néoplasme, mais cependant, nous avons pu en réunir quelques observations. C'est ainsi que HUGUENIN (thèse) reproduit le cliché (*fig. 37*) d'un cancer apical de forme circonscrite avec excavation et envahissement tardif de la plèvre; ce cliché illustre bien sa description. Dans sa partie externe, la convexité en bas de la limite inférieure est très irrégulièrement festonnée. Seule la partie interne de ce bord est régulièrement arrondie.

Tout récemment, un cliché reproduit dans l'observation de M. NICAUD (Bull. et mém. soc. méd. Hôp., 28 octo-

bre 1942) montre une image arrondie du sommet « cancer malpighien caractérisé par une image sphérique très régulière, à contours nets presque parfaits. La tumeur ovale remplissait le sommet gauche ».

Très rapidement d'ailleurs, ces images vont augmenter de volume et surtout se compliquer du fait de l'extension du néoplasme, des envahissements ganglionnaires, des destructions bronchiques, avec leur conséquence, l'infection.

Malgré la rareté de ces aspects radiologiques, l'image arrondie de l'apex peut donc être celle d'un cancer pulmonaire. C'est dans ce cadre (avec les réserves que nous avons faites plus haut) que nous ferions rentrer les cas de sarcome primitif qui réalise la plus parfaite image kystique, mais qui est fort rare.

\*  
\*\*

Les épithéliomas métastatiques nous retiendrons peu. Ils donnent en effet rarement une ombre isolée, et celle-ci siège exceptionnellement au sommet. Cependant, dans le cas rapporté par M. PEUTEUIL (thèse, *fig. 7 et 8*), nous avons l'exemple d'une image isolée d'un disque opaque. Il s'agit d'un sarcome métastatique d'origine fémorale. La radiographie montre « à la base du poumon droit une ombre circulaire, de densité homogène, et dont les contours sont remarquablement réguliers, parfaitement nets, méritant bien l'épithète de tracés au compas ».

Il n'est pas jusqu'aux atteintes ganglionnaires elles-mêmes qui ne puissent se voir. MM. DUVOIR, POUMEAUX-DELILLE, HADINGUE et AUDOLY ont publié récemment l'observation d'un malade porteur d'un cancer pulmonaire à point de départ hilaire. L'attention fut attirée par des troubles nerveux prédominant au niveau du membre supérieur et qui décelèrent une importante adénopathie mais celle-ci n'était que très peu visible à la radiographie. Nous reviendrons sur ce cas intéressant.

\*  
\*\*

Plus récemment, l'attention a été attirée sur les NEURINOMES INTRA-THORACIQUES.\* Dans un travail très documenté (*Presse Médicale*, 1941), MM. TROISIER, BARIÉTY et MONOD, à l'occasion de deux cas qu'ils ont récemment observés, en ont fait une synthèse dont les éléments se trouvent dans quelques travaux antérieurs; notamment dans ceux de FOERDERL (1914), de BELOT et PEUTEUIL (1929), de MAKKAS (1934), de HARRINGTON (1934), la thèse de DUBOIS (1935), l'ouvrage de CARRIÈRE, HURIEZ, GERVOIS et DUPRET (1938), les cas opérés avec succès de P. DUVAL (1932), de LECÈNE (1924), CUNÉO.

Les neurinomes thoraciques se rencontrent le plus souvent chez l'enfant ou chez l'adulte jeune. Ce sont des tumeurs bénignes, latéro-vertébrales, sous-pleurales, se développant sur un nerf intercostal, sur le sympathique ou sur le nerf dorsal, dans ce dernier cas ces tumeurs ont un prolongement dans le trou de conjugaison et forment une « tumeur en sablier ».

Le tableau clinique est en général discret. Très souvent, il est inexistant, le neurinome est découvert au cours d'un examen radiologique systématique; il en est ainsi pour les deux malades observés par M. TROISIER et ses collaborateurs. Parfois, quelques symptômes attirent l'attention : toux, dyspnée, douleurs thoraciques, cyanose discrète, dysphagie, raucité de la voix, syndrome de CLAUDE BERNARD - HORNER; à l'examen, on trouve quelques signes postérieurs : « matité interscapulo-vertébrale, diminution ou abolition des vibrations vocales et du murmure vésiculaire, souffle, parfois même, signes de compression de la veine cave supérieure ». Parfois, troubles de compression médullaire si la tumeur a un prolongement dans le canal rachidien. Enfin, chez un autre type de malade, coexistent les éléments périphériques de la neurofibromatose de Recklinghausen (HUGUENIN).

Au contraire, à ce tableau clinique pauvre et variable, s'oppose une image radiologique « constante et très suggestive... Une *ombre massive, dense, homogène*, parfaitement arrondie, dans la règle, parfois vaguement polyédrique, mais toujours *nettement limitée* de la clarté parenchymateuse, occupe la *partie haute du thorax* dans plus de 90 % des cas... Le seul cas de neurinome externe est décrit par HARRINGTON (trajet du 9<sup>e</sup> nerf intercostal). Dans 98 % des cas la tumeur est postérieure, latéro-vertébrale, collée contre la colonne dans la gouttière costo-vertébrale. Fait capital : des incidences variées de l'ampoule radiologique ne permettent pas de voir la moindre bande claire entre elle et les vertèbres : l'adhérence au rachis est toujours absolue (CUNÉO). Sur de bons clichés de profil, on recherchera un élargissement d'un trou de conjugaison (VERCELLI).

Le médiastin peut être un peu repoussé (déviations trachéale et œsophagienne)... Ces caractères radiologiques de tumeur supérieure et postérieure, intimement collée contre la colonne vertébrale, permettent facilement d'écarter les diagnostics de tumeurs ganglionnaires, thyroïdienne, thymique, de kystes dermoïdes. L'indigence de la symptomatologie fonctionnelle autorise à éliminer l'hypothèse de tumeurs malignes. Trois affections demeurent, qui peuvent parfois simuler le plus près le neurinome : l'anévrisme de la portion descendante de la crosse aortique, certaines tumeurs bénignes du poumon (WALZEL), le kyste hydatique. Dans tous les cas, il est bien rare d'observer une adhérence aussi intime de l'ombre tumorale avec le rachis... L'évolution des neurinomes est très lente » (TROISIER, BARIÉTY et MONOD). L'un des clichés représenté dans cet article se rapporte à une observation publiée antérieurement par MM. TROISIER, BROUET, MONOD, LACORNE (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp., 23, 1941, p. 613-618). C'est une image de neurinome du sommet. De face, elle représente une « ombre, dans la partie supérieure de l'hémithorax gauche, régulièrement arrondie,

dense et homogène, dont les limites nettes, comme « tracées au compas », tranchent sur l'intégrité du parenchyme environnant. Sa limite supérieure n'atteint pas l'extrême apex; son pôle inférieur se projette en regard de la partie antérieure du 2<sup>e</sup> espace intercostal. L'extrémité interne qui se confond avec l'ombre de la colonne vertébrale ne peut être précisée. En dehors, elle n'atteint pas la paroi latérale du thorax. Elle ne refoule ni la trachée, ni l'œsophage, comme le montre l'absorption de bouillie barytée sous écran. L'examen radioscopique montre que cette image n'est ni battante, ni expansive; il confirme sa position juxta-vertébrale, les deux ombres ne pouvant être dissociées sous aucune incidence. Sur le cliché de profil, on retrouve la même opacité homogène et arrondie occupant la partie supérieure et postérieure de l'hémithorax gauche. Les champs pulmonaires, l'image cardio-vasculaire sont normaux ».

En conclusion : Le neurinome thoracique se traduit par une opacité arrondie, dense, homogène, à bords nets. Dans sa partie interne cette image est intimement collée contre la colonne vertébrale, fait essentiel qui permet de la différencier des autres opacités arrondies du poumon, en particulier, si l'on compare le cliché de notre malade avec celui du neurinome du sommet décrit ci-dessus, on voit que les deux images ont un aspect à peu près identique, mais sur la première, une bande claire de parenchyme pulmonaire sépare la colonne vertébrale de l'ombre, alors que sur la deuxième, l'ombre adhère de tout son bord interne au rachis.



Telles sont, rapidement passées en revue, les principales affections susceptibles de se révéler à la radiographie par l'ombre arrondie de l'apex.

A quel cadre appartient l'image de notre observation ? Une telle image arrondie, opaque, aux contours nets, tranchant sur un parenchyme sain, n'est pas sans analogie avec les images de neurinomes intra-thoraciques, mais l'existence d'une bande claire de parenchyme sain entre le bord interne de l'ombre et la colonne vertébrale, nous fait rejeter cette hypothèse.

L'éventualité d'un cancer de l'apex ne nous semble pas devoir être retenue en raison des caractères de l'empatement sus-claviculaire, de l'absence de manifestations douloureuses, de l'absence de signes fonctionnels pulmonaires.

Le diagnostic de kyste hydatique du sommet ou de kyste hydatique de la plèvre refoulant le poumon, aurait pu nous retenir plus longtemps.

Tous ces diagnostics méritent qu'on les discute, mais en réalité, comme nous l'avons déjà dit, l'existence à l'intérieur de l'ombre arrondie d'une zone plus opaque dont le contour inférieur très net semble se raccorder en dehors et en haut avec le contour extérieur, permet de penser qu'il s'agit d'une tuméfaction développée à la partie supérieure du thorax, saillant en haut derrière la clavicule, refoulant en bas le sommet du poumon, débordant sur ses faces antérieure, externe et postérieure, le coiffant en demie calotte ou le recouvrant à la manière d'une selle anglaise.

Bref, ces caractères nous ont permis de conclure à un processus extra-pulmonaire qui d'ailleurs fut confirmé par l'évolution.

En résumé, cette image radiographique nous a permis d'étudier les caractères radiologiques communs d'affections très diverses, d'étiologie variée. Mais on ne saurait trop insister sur ce que le cliché n'apporte pas de diagnostic étiologique mais donne un renseignement capital de topographie. En effet, cette topographie est conditionnée :

Tantôt par un point de départ médiastinal : (anévrisme, kyste dermoïde, ganglions, neurinome)

Tantôt par un point de départ supérieur : (goitre, ganglions),

Tantôt par un point de départ externe ou supéro-externe; c'est le cas de notre cliché, de la pleurésie enkystée, du pneumothorax avec plombage.

C'est aussi cette donnée topographique et l'intérêt de l'étude minutieuse et détaillée du cliché simplement pris de face et sans préparation que nous avons voulu montrer dans ce travail.

\*

\*\*

*L'évolution* de cette « tumeur opaque » de l'apex a été très spéciale chez notre malade. *Sa nature tuberculeuse*, en raison de l'atteinte de l'état général, du terrain, de l'existence d'une fistule anale pouvait déjà être soupçonnée au début. Bien que la recherche des bacilles de Koch dans les crachats fut négative, la cuti-réaction fut fortement positive. Les caractères cyto-bactériologiques de la ponction — pus aseptique contenant des lymphocytes — étaient bien en faveur d'une collection purulente froide. Par la suite, cette nature tuberculeuse ne tarda pas à se confirmer : la tuméfaction s'accrût, devint fluctuante, bientôt apparut une fistule à bords rougeâtres, minces et décollés, laissant couler un pus séro-grumeleux aseptique.

Tous ces caractères, joints à la longueur même de cette évolution torpide, suffisaient pour établir le diagnostic d'abcès froid sus-claviculaire. La preuve bactériologique vint encore s'ajouter : on put, ces derniers temps, mettre en évidence dans le pus de l'abcès la présence de bacilles de Koch alors que les recherches jusque là nombreuses avaient été infructueuses.

Le point de départ de cette suppuration est plus difficile à préciser.

La nature pleurale de cette opacité nous paraît peu probable. Habituellement les pleurésies enkystées du sommet réalisent un aspect quelque peu différent, l'ombre homogène est limitée par un arc-de cercle inférieur et ne donne pas l'aspect en « selle » si caractéristique sur nos clichés. L'hypothèse d'une pleurésie cadre mal avec l'empâtement sus-claviculaire observé et la production d'un empyème de nécessité à l'opposé du point déclive n'est guère vraisemblable. Certes, la pneumoséreuse réalisée afin de préciser le siège exact de cette masse a montré l'absence de décollement à son niveau, mais une symphyse pleurale due à un processus externe par contiguité en rend compte de façon satisfaisante.

L'origine osseuse de cette collection mérite une discussion plus approfondie. Mais jamais l'examen clinique n'a révélé de points douloureux squelettiques et de nombreux clichés, échelonnés sur une période de deux ans, n'ont révélé aucune anomalie ni de la colonne cervicale dont la mobilité est conservée, ni des os de la ceinture scapulaire. On ne peut cependant éliminer formellement une atteinte de la 1<sup>re</sup> ou de la 2<sup>e</sup> côte, dont une partie est masquée par l'opacité thoracique; signalons cependant que pendant cette longue phase d'évolution jamais on n'a noté l'élimination de séquestres.

Une gomme développée dans le tissu cellulaire du creux sus-claviculaire peut être en cause, mais l'hypothèse la plus vraisemblable consiste à invoquer l'existence d'un adénite suppurée développée au dépens d'un des ganglions de la base du cou. Au début, la perception dans la masse sus-claviculaire de nodules de consistance plus ferme, ainsi que l'existence d'autres adénopathies apporte une présomption en faveur de cette façon de voir.

S'il persiste quelques doutes sur le point de départ de cette collection, sa nature tuberculeuse est nettement éta-

blie. Un abcès froid extra-pleural et très probablement extra-thoracique, peut donc réaliser une ombre arrondie apicale et cette curiosité radiologique nous a semblé mériter d'être signalée.

\*  
\*\*

Un autre point mérite d'être souligné dans notre observation. Ce malade, pendant quelque temps, a présenté des troubles neurologiques au niveau du membre supérieur gauche. Pendant la plus grande partie de l'évolution, la symptomatologie s'est bornée à une douleur siégeant à la base du cou et irradiant au niveau du coude mais on a constaté de façon tardive et d'ailleurs transitoire une abolition de la sensibilité tactile et douloureuse, sans troubles moteurs. Ceci nous paraît correspondre à des phénomènes d'irritation dans le domaine des racines sensitives nerveuses, déterminés par l'augmentation et l'extension du processus inflammatoire. Ainsi par un processus tuberculeux se trouve produite une atteinte discrète du plexus nerveux. Bien qu'il s'agisse de faits d'un ordre tout différent, nous rapprochons cet exemple de l'observation de MM. GUILLAIN et STERNE (*Annales de Médecine*, juillet 1936) : « La forme douloureuse du cancer de l'apex pulmonaire - Paralysie douloureuse du brachial avec syndrome de CLAUDE BERNARD - HORNER ». Ainsi que de l'observation de MM. PRUVOST et TEYSSIER (*Société méd. des Hôp.*, 1943) et de la publication toute récente faite à la Société Médicale des Hôpitaux, le 7 juillet 1943, par MM. DUVOIR, G. POUMEAT-DELILLE, HADIN-GUE et AUDOLY.

Ceci montre qu'il existe un véritable syndrome provoqué par le développement d'une néoformation du sommet et caractérisé par des troubles de compression ou d'irritation nerveuses. Insistons cependant sur le fait que

dans leur observation princeps, MM. GUILLAIN et STERNE décrivent des troubles profonds : Syndrome extrêmement douloureux du membre supérieur gauche, paralysie du sympathique, troubles de la sensibilité objective à tous les modes dans le domaine radiculaire C3 D1, syndrome de CLAUDE BERNARD-HORNER, amyotrophie de l'éminence hypothénar et des interosseux alors que dans notre observation et après une longue évolution, il ne s'agit que de troubles légers et passagers. Ces réserves faites, il nous a paru intéressant de signaler ce point un peu particulier de notre cas.

\*\*\*

En conclusion : L'étude de notre observation nous paraît donc présenter un double intérêt. Elle nous permet de retracer les grandes lignes du diagnostic radiologique des images arrondies de l'apex, et de rappeler l'existence des syndromes neurologiques associés à l'évolution des néoformations de l'apex. Il s'agit là de faits à l'étude. A l'heure actuelle, la fréquence des cancers primitifs du poumon, leur dépistage radiologique précoce, ont mis ces questions à l'ordre du jour. Comme le font remarquer MM. TROISIER, BARIÉTY et MONOD, l'examen radiologique systématique du thorac dans les collectivités prend actuellement une extension très grande et va peut-être créer un nouveau chapitre pathologique. Les découvertes d'examen chez des malades n'accusant aucun phénomène pathologique ou se plaignant de symptômes banaux peuvent ainsi se multiplier et déjà l'analyse des publications récentes montre combien ces faits sont intéressants à citer grâce à la radioscopie systématique dans le domaine de la pratique médicale courante.

## CONCLUSION

---

Nous avons observé une *image pseudokystique du sommet* qui, par son *siège extra-pleural* et sa *nature*, nous a semblé mériter quelque attention.

Elle a été constatée chez un Nord-Africain de 30 ans. Depuis 5 mois, il présentait une atteinte progressive de l'état général, sans fièvre, une *légère dyspnée d'effort* et un *endolorissement de la région rétroclaviculaire et du coude gauches*. L'examen mettait en évidence, une matité de la fosse sus-épineuse et un *soulèvement discret du creux sus-claviculaire* comblé par une masse assez molle, présentant certains nodules plus fermes, d'apparence ganglionnaire. La radiographie montrait, occupant l'apex, une *opacité arrondie, aux contours nets, tranchant sur un parenchyme sain*. Cette image posait un problème intéressant de diagnostic radiologique des opacités arrondies de l'apex; elle nous a permis de discuter principalement l'ombre donnée par un kyste hydatique, une pleurésie enkystée, un cancer, un neurinome.

Mais déjà le simple détail de cette image avait permis de suspecter l'existence d'une *tuméfaction développée à la partie supérieure du thorax*, saillant en haut derrière la clavicule, refoulant en bas le sommet du poumon, débordant sur ses faces antérieure externe et postérieure, *le coiffant en demi-calotte*. En effet, à l'intérieur de l'om-

bre arrondie, on constate une zone plus dense dont le contour inférieur très net semble se raccorder en dehors et en haut avec le contour extérieur.

*La nature tuberculeuse* de cette masse était très vraisemblable en raison de l'atteinte de l'état général, du terrain, de l'existence d'une fistule anale, de la cuti-réaction fortement positive, du résultat de la ponction qui ramena un magma épais contenant de rares polynucléaires et des lymphocytes.

*L'évolution* ne tarda pas à l'établir : la tuméfaction s'accrut, une fistule présentant tous les caractères de la fistule tuberculeuse se constitua, laissa sourdre un pus séro-grumeleux dans lequel, après plusieurs recherches infructueuses, on finit par mettre en évidence la présence de bacilles de Koch.

Au cours de cette évolution, le malade présenta des troubles de la sensibilité au niveau du membre supérieur; ces troubles disparurent ensuite lors de la régression de l'abcès.

Nous n'avons pu préciser le point de départ ganglionnaire, osseux ou pleural.

Il s'agit donc d'une tuberculose sans doute ganglio-pleurale de l'apex, ayant donné transitoirement des signes de compression nerveuse.

Au point de vue radiologique, il semble donc que *l'abcès froid thoracique puisse réaliser de façon sans doute exceptionnel des aspects pseudo-tumoraux d'interprétation délicate.*

En terminant, nous insisterons sur l'extension actuelle des examens radioscopiques ou radiographiques du thorax fait dans les collectivités. Sans entrer dans les détails

des techniques modernes, le cliché simple de face, ainsi obtenu, peut donner, sinon un renseignement étiologique ferme, du moins une probabilité. En tous cas, il apporte d'intéressants renseignements topographiques et partant d'importantes données cliniques.

---

**Vu,**  
**Le Doyen :**  
**BAUDOUIN**

**Vu,**  
**Le Président de thèse :**  
**BENARD**

**Vu et Permis d'Imprimer,**  
**Le Recteur de l'Académie de Paris :**  
**G. GIDEL.**



## BIBLIOGRAPHIE

---

- ARMAND-DELILLE et Ch. LESTOCQUOY. — La tuberculose pulmonaire et les maladies de l'appareil respiratoire de l'enfant et de l'adolescent. (*Atlas de pathologie radiologique*, IV, 1933, p. 125, fig. 97 - p. 193, fig. 153 - p. 282, fig. 213 - p. 465, fig. 337.)
- BARONNEIX-BAUMGARTNER. — Un cas de sarcome sous-pleural. (*Archives Méd. Chir. de l'appareil respiratoire*, 1936, n° 3, p. 408-414.)
- BARDÉTY (M.), MONOD (O.), HANAUT et LEFÈVRE. — Neurinome thoracique opéré. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 1941, 7, 8, p. 240-244.)
- BELOT et PEUTEUIL. — Le problème radiologique du kyste hydatique du poumon. Les éléments de son diagnostic positif. (*Presse Médicale*, 25 avril 1936, p. 696-700, 11 fig.)
- BENHAMON (E.), FOURÈS (C.). — Image arrondie d'infarctus pulmonaire au cours d'un anévrisme aortique. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, 6 juillet 1934.)
- BERNARD (Etiénne). — Tomographie de la maladie kystique des poumons (kystes aériens). (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, 1937, 461.)
- BRULÉ, HILLEMANT, DEPLARUE et GAUBE. — Les kystes aériens du poumon. (*Annales Méd. Chir.*, juin 1937, 2, n° 6, 149.)
- COSTANTINI et CURTILLET. — Diagnostic radiologique des kystes hydatiques suppurés du poumon. (*Presse Médicale*, 26 janvier 1935, p. 150-152.)
- COURCOUX (M.-A.). — Un cas d'endothéliome pleural. (*Revue de la Tuberculose*, juillet 1939.)

- DEBRÉ (Robert), MARIE (J.), MIGNON et BIDOU. — Kyste hydro-aérique congénital du poumon chez un enfant. (*Soc. méd. des hôp.*, 1937, 541.)
- DEBRÉ (Robert), MARIE (J.) et MIGNON. — Kystes congénitaux du poumon. (*Soc. méd. des Hôp.*, 23 avril 1937, n° 14, 529.)
- DEBRÉ (Robert), LAMY (M.) et MARIE (J.). — Kystes gazeux congénitaux du poumon et emphysème par obstruction bronchique chez l'enfant. (*Presse Médicale*, n° 90, 10 nov. 1940, p. 913-917.)
- DENOYELLE et Mlle SIRAND. — Kyste ou pseudo-kyste aérien. (*Soc. Méd. Hôp.*, 1938, n° 24, p. 1.201.)
- DEVÉ. — *Revue de chir.*, 1925, p. 98 et 257.  
— *Arch. méd. chir. de l'app. resp.*, n° 5, 1938.
- DUVOIR (M.), POUMEAU-DELILLE, HADINGUE et AUDOLY. — Syndrome de l'apex réalisé par une métastase ganglionnaire issue d'un cancer pulmonaire, latent, à siège para-hilaire. (*Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 7 juillet 1943.)
- EVEN (R.). — Sur une opacité arrondie intra-pulmonaire post-opératoire. (*Revue Tuberculose*, 5<sup>e</sup> série, janvier-février 1941.)
- FOULON (Paul). — La place nosologique de la lymphogranulomatose. (*Thèse de Paris*, 1932.)
- GUILLAIN (G.) et STERNE (J.). — La forme neurologique du cancer de l'apex pulmonaire. Paralyse douloureuse du plexus brachial avec syndrome de Claude Bernard-Horner. (*Ann. de Méd.*, juillet 1936, n° 2, p. 93-106.)
- HUCUENIN. — Le cancer du poumon. (*Thèse Paris*, 1928.)
- LECŒUR. — Le cancer bronchique primitif dit cancer du poumon. (*Thèse Paris*, 1942.)
- LEDoux-LÉBARD. — *Manuel de radiodiagnostic clinique*, 1933, p. 559, fig. 572.
- LEFÈVRE, DOUADY et VENATOR. — Pneumopéritoine thérapeutique et phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Arch. Méd. Chir. App. resp.* Tome 14, n° 4, 1939-40-41, p. 263-274.)

LÉON-KINDBERG et LAPINE. — Gomme syphilitique du poulmon.  
(*Presse Médicale*, n° 61, 21 mai 1938, p. 812-813.)

NGUYEN-DINH-HOANG. — A propos du signe du décollement pathognomonique du kyste hydatique du poulmon. (*Presse Médicale*, 30 déc. 1936, n° 105, p. 2.117-2.118, 3 fig.)

NICAUD et RAVINA. — Reticuloendothéliosarcome de la plèvre à évolution rapide. Images radiologiques. Diagnostic histologique. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 1937, p. 1.320-1.325.)

NICAUD et SICARD. — Epithélioma malpighien du poulmon. Image radiologique. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 28 oct. 1942.)

OPRAN (J.). — Les pleurésies enkystées et cloisonnées de la grande cavité. (*Arch. Méd. Chir. de l'appareil respiratoire*, 1936, p. 86.)

PEUTEUIL. — Contribution à l'étude radiologique des opacités arrondies intra-thoraciques. (*Thèse Paris*, 1929.)

POIX (G.). — Kyste aérien du poulmon. (*Presse Médicale*, 6 mai 1939, n° 36, p. 695-696.)

POIX (G.) et NEYMAN (M.). — Corps fibrineux géant de la plèvre. (*Presse Médicale*, n° 10-11, 29 janv-1<sup>er</sup> février 1941, p. 127-128.)

PRUVOST (P.). — Pneumopathie aiguë récidivante révélatrice d'un kyste aérien du poulmon. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 3-4, 1941, p. 109-114.)

PRUVOST (P.) et BRINCOERT (J.). — Abscess froids thoraciques et péricléurite. (*L'Année Médicale pratique*, 1941, p. 1-4.)

PRUVOST (P.), LEBLANC, DELORT et COTETSOS. — Formes cliniques et radiologiques des kystes aériens du poulmon de moyen volume et de forme annulaire. (*Presse Médicale*, 24 juillet 1935.)

PRUVOST (P.), MEYER (A.), ROY et DEPIERRE. — La suppuration des formations kystiques aériennes du poulmon. (*Presse Médicale*, n° 93, 19 nov. 1938, p. 1.710-1.713.)

PRUVOST (P.) et RAYNAUD (M.). — Péricléurite suppurée tuberculeuse. (*Presse Médicale*, 1939, p. 1.629-1.631.)

- PRUVOST (P.) et TEYSSIER (L.). — Un nouveau cas de cancer pulmonaire apical. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1943.)
- RAVINA. — *Manuel de phthisiologie*, 1941, p. 127, fig. 19.
- SERGEANT et BENDA. — Les gommes syphilitiques du poumon et leur diagnostic radiologique. (*Paris Médical*, 15 fév. 1930.)
- SERGEANT, BORDET, DURAND, COUVREUX. — Exploration radiologique de l'appareil respiratoire, 1931, p. 59, pl. XVIII, fig. 3 - p. 123, pl. XLII, fig. 1 - p. 127, pl. XLIV, fig. 1 - p. 133, pl. XLVII, fig. 2 - p. 149, pl. LI, fig. 1 - p. 257, fig. 4 - p. 293, pl. CX, fig. 3, 4.)
- SERGEANT, DURAND, KOURILSKY et PATALANU. — Kystes congénitaux isolés et suppurés. (*Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 1937, p. 514.)
- SERGEANT et KOURILSKY. — Les kystes aériens suppurés. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 16 avril 1937.)
- Contribution à l'étude de l'endothéliome pleural. (*Revue de la Tuberculose*, juillet 1939, p. 788-793.)
- SERGEANT, PIOT et IMBERT. — Contribution à l'étude clinique et radiologique des gommes syphilitiques du poumon. (*Presse Médicale*, 21 avril 1934.)
- SERGEANT, RACINE et FOURESTIER. — Forme pseudo-kystique du cancer du poumon. (*Presse Médicale*, n° 78, 29 septembre 1937, p. 1.387-1.390. Observation II, fig. 4.)
- STOICHITZA et CRETZU (de Bucarest). — La forme lobaire de la syphilis pulmonaire. (*Arch. Méd. Chir. de l'appareil respiratoire*, 1935. Tome X, n° 1, p. 1-8.)
- TROCMÉ (P.). — Un cas de cancer primitif de la plèvre diagnostiqué par la radiographie. (*Revue de la Tuberculose*, juillet 1939.)
- TROISIER, BARIÉTY et MONOD. — Les neurinomes intra-thoraciques. (*Presse Médicale*, n° 91, 21 oct. 1941, p. 1.129-1.131.)
- TROISIER, BROUET, MONOD, LACORNE. — Neurinome intra-thoracique solitaire - Cure chirurgicale. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 1941, 23, p. 613-618.)

---

---

IMPRIMERIE R. FOULON  
29, Rue Deparcieux, 29  
P A R I S

---

---





